

Richiesta di invio domanda "Reddito di Emergenza"

Art. 82 D.L. "Rilancio" n. 34 del 19/05/2020

LA/IL SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

COD. FISCALE _____ NATO/A Il _____ A _____

RESIDENTE A _____ INDIRIZZO _____

TELEFONO/ CELL. _____ Email. _____

**chiede al patronato INAS CISL di inoltrare all'Inps la domanda di "Reddito di Emergenza" e, a tal riguardo,
DICHIARA**

☐ SI ☐ NO Di essere residente in Italia

☐ SI ☐ NO Di avere un nucleo familiare come sotto descritto

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ | 1 solo componente maggiorenne . | Quota REM 400,00 € |
| ☐ | 2 componenti maggiorenni | Quota REM 560,00 € |
| ☐ | 2 componenti: 1 maggiorenne e 1 minorenni | Quota REM 480,00 € |
| ☐ | 3 componenti maggiorenni | Quota REM 720,00 € |
| ☐ | 3 componenti: 2 maggiorenni e 1 minorenni | Quota REM 640,00 € |
| ☐ | 3 componenti: 1 maggiorenne e 2 minorenni | Quota REM 560,00 € |
| ☐ | 4 componenti maggiorenni | Quota REM 800,00 € ^(*) |
| ☐ | 4 componenti: 3 maggiorenni e 1 minorenni | Quota REM 800,00 € |
| ☐ | 4 componenti: 2 maggiorenni e 2 minorenni | Quota REM 720,00 € |
| ☐ | 4 componenti: 1 maggiorenne e 3 minorenni | Quota REM 640,00 € |
| ☐ | 5 componenti : almeno 3 maggiorenni | Quota REM 800,00 € ^(*) |
| ☐ | 5 componenti: 2 maggiorenni e 3 minorenni | Quota REM 800,00 € |
| ☐ | 5 componenti: 1 maggiorenne e 4 minorenni | Quota REM 720,00 € |
| ☐ | Più di 5 componenti | Quota REM 800,00 € ^(*) |

^(*) incrementato a 840,00 € in presenza di un componente disabile grave o in stato di non autosufficienza

☐ SI ☐ NO Che nessun componente del nucleo familiare, compreso il sottoscritto risulta titolare di rapporti di lavoro dipendente il cui importo lordo mensile supera i valori della quota REM elencati nel punto 2)

☐ SI ☐ NO Di avere un patrimonio mobiliare familiare nel 2019 inferiore a 10.000 € accresciuto di 5.000 € per ogni componente successivo al primo e fino ad un massimo di 20.000 €. Il massimale è incrementato di ulteriori 5.000 € in presenza di un componente disabile grave o in stato di non autosufficienza

☐ SI	☐ NO	Di avere un ISEE inferiore a € 15.000
☐ SI	☐ NO	Di beneficiare o aver richiesto, per me stesso o per altri componenti del mio nucleo familiare, “bonus” o “indennizzi” relativi al COVID-19
☐ SI	☐ NO	Che nessun componente del mio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, risulta titolare di pensione diretta o indiretta (eccetto Assegno Ordinario di Invalidità INPS)
☐ SI	☐ NO	Che nessun componente del mio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è percettore di reddito o pensione di cittadinanza
☐ SI	☐ NO	Di non essere in stato detentivo
☐ SI	☐ NO	Di non essere ricoverato in lungo degenza o strutture residenziali a carico dello Stato o di altra amministrazione pubblica

chiede inoltre che l'indennità in oggetto venga pagata con la seguente modalità:

☐ Bonifico domiciliato presso sportello postale

☐ Accredito su conto corrente o carta prepagata, con il seguente numero di IBAN:

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione di eventuali variazioni di ciò che si è dichiarato per la richiesta all'INPS comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Data e luogo _____

Firma **X** _____

Documentazione necessaria

- Copia documento identità
- Mandato INAS firmato

Nota bene:

Scadenza: la domanda deve essere presentata entro fine giugno

Beneficio: l'importo varia in base al numero dei componenti il nucleo familiare ed è erogato in due quote. L'importo minimo è di 400€ al mese e può arrivare fino a 800€ al mese per i nuclei più numerosi, 840€ in presenza di un componente del nucleo familiare disabile grave o in stato di non autosufficienza

Modalità di contatto delle sedi provinciali Patronato INAS CISL:

INAS BERGAMO	bergamo@inas.it	INAS LODI	lodi@inas.it
INAS BRESCIA	brescia@inas.it	INAS MANTOVA	mantova@inas.it
INAS BRIANZA – MONZA	monza@inas.it	INAS MILANO	milano@inas.it
INAS COMO	como@inas.it	INAS PAVIA	pavia@inas.it
INAS CREMONA	cremona@inas.it	INAS VARESE	varese@inas.it
INAS LECCO	lecco@inas.it	INAS SONDRIO	sondrio@inas.it



Numero Verde Inas
800 24 93 07

Attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18



Attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

ASSISTITO	Io sottoscritto/a _____ C.F. _____ cognome nome
	data di nascita _____ comune di nascita _____ cittadinanza _____
	Sesso: _____ Indirizzo _____ C.A.P. _____
	comune di residenza _____ tel./cell. _____ e-mail _____
	Con il presente atto conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 13 della Legge 30 marzo 2001, n. 152, e del D.M. 10/10/2008, n. 193 e successive modifiche ed integrazioni, al Patronato INAS di _____, presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'Art. 47 C.C. nei confronti del _____ (Istituto erogatore della prestazione e Paese, nel caso di estero) per lo svolgimento della pratica relativa a _____ Il sottoscritto dichiara inoltre che i dati necessari per lo svolgimento della pratica sono rispondenti al vero e che sono stati forniti senza nulla omettere in merito; pertanto esonera il Patronato INAS CISL da ogni e qualsiasi responsabilità riguardo a tale rispondenza. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto. Firma Assistito X _____

COLLABORATORE VOLONTARIO	_____ Data _____ cognome nome
	C.F. _____ Luogo _____ Firma _____

OPERATORE	_____ Data _____ cognome nome	timbro
	C.F. _____ Sede _____ Firma _____	

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO (GDPR n. 2016/679 e normativa nazionale di armonizzazione vigente)

Il Patronato INAS informa che:

Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento: effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e il trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza. **Ambito di comunicazione dei dati personali:** i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito. I dati personali con esclusione di quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL, Associazione/Organizzazione Promotrice del Patronato INAS per finalità proprie dell'Associazione/Organizzazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini. **Modalità del trattamento:** il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dalla normativa sopra richiamata, in modo da ridurre i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta. **Necessità del conferimento dei dati:** il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1, comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta. **Diritti riconosciuti all'interessato:** in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, i diritti riconosciutigli dall'art. 15 all'art. 22 del GDPR n. 2016/679, ed esemplificativamente il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità ed opposizione, contattando il Responsabile della protezione dei dati personali (DPO). L'interessato ha altresì il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. **Titolare e Responsabile della protezione dei dati personali:** il titolare del trattamento dei dati è il Patronato INAS nella persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante domiciliato per la carica in Roma Viale Regina Margherita 83/d. Il responsabile della protezione dei dati personali (DPO) è reperibile all'indirizzo mail DPO.INAS@inas.it o inviando una raccomandata all'indirizzo DPO – INAS Viale Regina Margherita 83/d – 00198 Roma. Per quanto non espressamente indicato nella presente informativa si rinvia a quella completa sottoposta all'interessato prima della sottoscrizione

L'Assistito, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del GDPR n. 2016/679 (d'ora in avanti "Regolamento") l'informativa completa sul trattamento dei propri dati personali:

Punto 1 (necessario) - fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali ivi espressamente compresi quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando anche il Patronato INAS ad accedere alle banche dati degli Enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico

Data _____ Firma Assistito **X** _____

Punto 2 (facoltativo) - presta il proprio consenso al Patronato INAS affinché i propri dati, eccetto quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari: a) siano utilizzati per le ulteriori attività statutarie del medesimo, nonché per attività di promozione e/o informazione di ulteriori servizi non oggetto del presente mandato; b) siano comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL, nonché ad altri soggetti con i quali il Patronato abbia stipulato convenzioni e/o accordi nello svolgimento dell'attività istituzionale, affinché li utilizzino per finalità proprie e/o per la promozione di propri servizi.

Data _____ Firma Assistito **X** _____

N.B.: il mandato si perfeziona con timbro e firma dell'operatore del Patronato